FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

THÈSE

N° 266

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Guy-Jules-Alexandre TESCHER

Né le 12 Mars 1942 à SAINT-MAUR - 94

Présentée et soutenue publiquement le

A propos des TUMEURS PHYLLODES DU SEIN

Président : M. J. HUGUIER, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543732_0023

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970 — **THÈSE** — N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Guy-Jules-Alexandre TESCHER

Né le 12 Mars 1942 à SAINT-MAUR - 94

Présentée et soutenue publiquement le

A propos des TUMEURS PHYLLODES DU SEIN

Président : M. J. HUGUIER, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon Père

dont l'autorité bienveillante a toujours été pour moi un soutien et un exemple.

A ma Mère

en témoignage d'amour filial et en remerciement de l'affection vigilante dont elle a toujours su m'entourer.

A mon Frère

A tous les miens

A Monsieur le Professeur J. HUGUIER

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse

qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur P. SCALI

en témoignage de vive gratitude.

A mes Maîtres :

Monsieur le Professeur R. KOURISKY
Monsieur le Professeur M. LACOMME
Monsieur le Professeur G. BOUDIN
Monsieur le Professeur Agrégé J. GRASSET
Monsieur le Professeur Agrégé G. DECROIX
Monsieur le Docteur ROISIN

qu'ils soient ici remerciés pour l'enseignement qu'ils m'ont dispensé.

A Monsieur le Docteur Yves MASSON

en gage de sincère et amicale gratitude.

TUMEURS PHYLLODES DU SEIN

Introduction

L'intérêt suscité par les tumeurs phyllodes ne s'est pas démenti depuis leur première description il y a près d'un siècle et demi, comme en témoignent les nombreuses études qui leur ont été consacrées.

Ces incertitudes pronostiques et la difficulté de leur situation nosologique rendent compte de la grande variété des dénominations proposées. Il semble qu'actuellement on tempère la notion classique de leur rareté et qu'à côté de la volumineuse tumeur bosselée typique on décrive plus souvent des formations de petit volume évoquant de prime abord le fibroadénome et risquant par la méconnaissance du diagnostic réel d'orienter vers une exérèse insuffisante, source de pseudo récidive.

Deux observations nous permettent d'illustrer les deux grands aspects cliniques de ces tumeurs :

- l'une historique par son volume monstrueux mais radicalement guérie par mammectomie,

- l'autre actuelle, plus bénigne par son aspect initial, mais posant de difficiles problèmes thérapeutiques du fait de ses récidives ayant conduit à trois interventions.

Historique

- C'est en 1828 que CHELIUS distingue le premier cas de l'ensemble des tumeurs du sein.

- Dès 1838, Johann MULLER donne une bonne étude des caractères cliniques, anatomiques et pronostiques des "cystosarcomes phyllodes" : tumeur atteignant des dimensions énormes ; apparaissant plus tôt qu'il n'est habituel lorsqu'il s'agit d'un cancer, parfois même chez la jeune fille ; n'ayant que peu tendance à envahir la peau et les muscles et ne rétractant pas le mamelon ; augmentant lentement de volume jusqu'à prendre des proportions considérables et à la longue finissant par ulcérer la peau, formant alors un fungus suppurant en surface, mais même dans ces cas l'opération est suivie de guérison ; l'atteinte ganglionnaire est rare et l'adénopathie est alors de nature inflammatoire. Malgré la dénomination de cystosarcome phyllode, l'auteur insiste sur la totale bénignité de ces formations.

- Viennent ensuite les monographies de LABBE et COYNE (1876).

- Puis LECENE (1906) considère la tumeur phyllode comme le type le plus fréquent de l"adénosarcome mammaire".

- LEE et PACK en 1931 consacrent un important mémoire au "fibro-adéno-myxome intra canaliculaire géant" en insistant sur sa bénignité.

- En 1938, FUNCK BRENTANO, BERTRAND et POILLEUX donnent à propos de cinq observations une étude remarquable de ces tumeurs dont ils rejettent l'appellation de "cystosarcome" pour proposer, en affirmant leur bénignité, le nom de "fibro-adéno-myxome phyllode".

- En 1948, SANTY DARGENT et MAKHLOUF, à propos de sept observations, introduisent la notion de malignité locale du fait du caractère récidivant de ces tumeurs.

- En 1951, TREVES et SUNDERLAND rapportent sur 77 cas du Memorial

Hospital dix huit tumeurs malignes.

- En 1954, FRUHLING et LE GAL sur 71 cas trouvent 11 cas de transformation sarcomateuse.

- En 1960, VERHAEGHE et collaborateurs pensent que ces tumeurs sont en général bénignes mais qu'il peut en exister de malignes d'emblée.

- Cette opinion est partagée, en 1962, par HAFNER et collaborateurs puis HAROLD et OBERMAN en 1965.

- En 1961, MAGENDIE LEGER DOUTRE et BIRABEN font de ces tumeurs des mésenchymomes.

- En 1964, CONCILIO et OLIVIERI décrivent une forme bilatérale.

- En 1966, BATISSE MARTIN, SOBEL SICARD et SICARD consacrent, dans une revue générale des tumeurs phyllodes, une large part à la description anatomopathologique et considère les tumeurs phyllodes comme une variété géante d'adénofibrome intracanaliculaire de type myoépithélial.

Cet historique fait ressortir que, si la bénignité est constamment affirmée jusqu'en 1950 environ, récemment le problème de la malignité possible soit d'emblée, soit au cours de récidives, s'est trouvé posé par de nombreux auteurs.

Rapport des observations

La première observation est celle d'une femme de 43 ans adressée au Docteur P. SCALI pour une énorme tumeur du sein droit.

L'évolution de cette masse tumorale n'a pas été régulière et une quinzaine d'années auparavant la malade avait déjà perçu la présence d'une nodosité d'un volume sensiblement comparable à celui d'une noisette. Ce nodule subit une augmentation d'abord très lente et ce ne fut que dans les quatre dernières années précédant la consultation que l'accroissement devint sensible pour subir une accélération considérable les six derniers mois.

Le poids et le volume de la masse devinrent alors tels que la patiente avait dû confectionner une sorte de sac suspendu aux épaules pour porter sa tumeur : l'infirmité ainsi constituée était telle qu'elle confinait la malade chez elle.

En dehors de la gêne occasionnée par le volume de la masse, le sein n'était guère sensible qu'au moment des règles où une tension douloureuse était perceptible.

Aucun fait particulier ne marquait l'anamnèse chez cette femme normalement règlée et mère d'un enfant.

A l'examen, le revêtement cutané était normal, sans rougeur ni ulcération, le mamelon n'était pas rétracté, le pli cutané partout souple ; il n'existait aucune adhérence aux plans profonds. Seule frappait l'existence de volumineux troncs venieux superficiels, dessinant un lacis sous-cutané. La consistance était variable, par endroits solide et compacte, ailleurs molle, avec perception ici et là de zones fluctuantes ou pseudo-fluctuantes. Enfin le creux axillaire était libre de toute adénopathie, l'autre sein normal.

Le diagnostic de tumeur phyllode est alors évoqué et l'intervention décidée. Elle consiste en une amputation du sein : la tumeur se clive

très facilement du plan profond. Dans un but de contrôle histologique est pratiquée une biopsie large du groupe mammaire externe des ganglions axillaires.

La pièce opératoire pèse 6 kgs 500. La masse tumorale est bien limitée, sa surface est lisse, elle n'adhère aucunement aux téguments qui la recouvrent. Toute la glande parait envahie et il n'existe plus de parenchyme mammaire sain reconnaissable.

L'aspect macroscopique de la coupe est très caractéristique. La tranche de section offre un aspect très bigarré, certaines zones sont blanchâtres, assez compactes, formées d'un tissu conjonctif dense, en d'autres endroits on trouve des travées correspondant à des axes papillaires ramifiés. Mais surtout on remarque la présence de zones de nécrose d'aspect jaunâtre et quelques plages d'infarcissement hémorragique rouge vineux. Il existe de très nombreuses cavités remplies de liquide clair ou citrin, de toutes les tailles et de toutes les formes. L'oedème très important infiltre toute la tumeur et sourd par la tranche de section.

L'examen microscopique est pratiqué par le Docteur CARTIER et confirme le diagnostic de tumeur phyllode. L'ensemble de la préparation est formé d'une part de tubes épithéliaux constitués d'un épithélium de type galactophorique, parfois pluristratifié, d'autre part d'un stroma conjonctif abondant, hyper cellulaire qui s'invagine dans les cavités glandulaires, étirant, segmentant, ramifiant les cavités galactophoriques correspondant aux franges papillaires.

Ce stroma conjonctif hyperplasique diffère selon les endroits observés. C'est ainsi que l'on trouve des plages lâches et oedémateuses, d'autres fibreuses, riches en fibres collagènes, d'autres encore en voie de nécrose et entourées d'infiltrats histiocytaires. De place en place enfin, on rencontre quelques infarctus hémorragiques. Il est à noter qu'en aucun point on ne retrouve d'anomalie cytologique qui puisse faire redouter une transformation sarcomateuse du stroma.

La seconde observation concerne une femme âgée de 38 ans lorsqu'elle subit une première opération pour une tumeur en quadrant supéro-externe du sein droit, de la taille d'une noix. L'examen anatomo pathologique interprêté par le Professeur GAUTHIER-VILLARS conclut sur le diagnostic d'adénome phyllode.

Deux ans après apparaît une récidive au même endroit. La malade est adressée pour le première fois, un an plus tard, au Professeur HUGUIER qui constate une tumeur ferme, lobulée, de la taille d'une petite mandarine, glissant sous la peau malgré la cicatrice antérieure, et la présence de quelques petites adénopathies axillaires banales.

La ponction est blanche, la mammographie montre, derrière la tumeur palpée, une image stellaire à prolongements radiés, immédiatement en avant du plan costal.

Lors de l'intervention (Professeur HUGUIER), l'examen extemporané (Professeur GAUTHIER-VILLARS) récuse l'épithélioma suspecté sur la mammographie par le radiologue.

Il est pratiqué une exérèse simple mais passant au large de la tumeur.

Le compte rendu anatomo pathologique (Professeur GAUTHIER-VILLARS) est le suivant :

"Masse lobulée, faite de nodules arrondis très oedémateux, ayant "l'architecture d'ensemble des adénofibromes intra-canaliculaires classiques.

"Chacun des lobules est fait de fentes épithéliales sinueuses, "bordées par un épithélium de type galactophore qui ne présente aucune "tendance proliférante papillaire. Il n'y a nulle part de travées épithé-"liales aberrantes, ni d'anomalies cellulaires qui puissent faire penser au "développement d'un pithélioma.

"Le tissu conjonctif immédiatement voisin des canaux est particu-

"lièrement lâche et dissocié par l'oedème ; c'est le tissu palléal, qui a "subi une hyperplasie considérable, se distinguant bien de la charpente "collagène périlobulaire. C'est le caractère même des tumeurs phyllodes.

"Au cours de l'examen extemporané plusieurs segments de ce tissu "palléal sont apparus riches en noyaux qui ne sont bien visibles qu'après "inclusion. Il apparaît nettement que ce sont des noyaux tous semblables, "réguliers dans leur forme et dépourvus de tout caractère rappelant les "sarcomes. L'aspect est tout à fait identique à ce qu'il était lors de la "première intervention.

"Il est donc possible de conclure qu'il s'agit de la récidive d'une "tumeur phyllode histologiquement bénigne, sans caractères suspects.

Neuf ans plus tard, à l'âge de 51 ans, apparaît la seconde récidive qui se présente comme une masse prenant tout le quadrant supéro externe, lobulée, irrégulière, sans adhérence superficielle ni profonde, d'apparence clinique bénigne mais jugée suspecte par le radiologue sur l'aspect mammographique. La troisième intervention (Professeur HUGUIER) utilise une voie d'abord sous-mammaire et externe et procède, après retournement de la glande, à l'exérèse des 2/3 externes de la glande.

L'examen extemporané (Professeur agrégé HEWITT) confirme la tumeur phyllode et rassure sur le plan épithélial. L'étude des coupes après inclusions note quelques zones mésenchymateuses fertiles, une mitose dans une zone dense, mais confirme que cette deuxième récidive s'est faite sur le mode bénin.

Ces deux observations illustrent bien les caractères des tumeurs phyllodes.

La première réalise la forme classique, devenue rare, de volumineuse tumeur prenant le sein, évoquant un sarcome mais résolument bénigne. Un caractère mérite d'être retenu, en dehors des aspects macroscopiques et

histologiques, c'est l'accroissement rapide des derniers mois précédant l'intervention, faisant suite à une très longue et lente évolution étalée sur quinze ans.

La seconde représente "l'aspect miniature" de la première manifestation, aspect le plus souvent rencontré actuellement, et qui manifeste sa tendance aux récidives après intervention limitée ; récidive précoce après la première intervention qui semble n'avoir consisté qu'en une simple énucléation, beaucoup plus tardive après la seconde opération ayant réalisé une véritable tumorectomie passant au large de la masse, en tissu sain.

Ces deux formes cliniques ne semblent pas correspondre à deux potentialités évolutives différentes des tumeurs phyllodes mais bien aux divers stades cliniques de ces formations. Ces petites tumeurs qui n'inquiétaient guère autrefois et qui, longtemps négligées prenaient brusquement des proportions considérables en quelques mois, guérissaient de façon définitive car elles obligeaient à la mastectomie. Devenues actuellement des motifs de consultation précoce, elles extériorisent leur tendance aux récidives dans la mesure peut-être où leurs dimensions encore discrètes et leur bénignité confirmée par l'examen histologique extemporaire, engagent à des exérèses trop limitées.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

- Fréquence :

Elle est difficile à apprécier du fait du grand nombre de dénominations proposées.

Si l'impression générale est celle d'une faible fréquence, les opinions sont partagées.

Ainsi LEE et PACK n'en recensent que 111 cas en 1931. FUNCK BRENTANO en compte 5 sur 712 tumeurs du sein. REICH & SALOMON en 1958 ne relèvent que 300 cas dans la littérature mondiale.

Par contre les tumeurs phyllodes représentent 10 % des tumeurs bénignes du sein pour FRUHLING et LE GAL et 3 % des tumeurs du sein en général dans la statistique de A. SICARD.

Les tumeurs phyllodes semblent donc moins rares qu'il n'est classique de le dire.

- Sexe :

La tumeur phyllode n'est pratiquement observée que chez la femme. Seuls LEE et PACK rapportent trois cas chez l'homme sur 111 étudiés.

- Age :

L'éventail d'âge est grand.

LEE et PACK et BERTRAND et POILLEUX donnent les chiffres extrêmes de 30 et 60 ans.

SANTY et MACKHLOUF estiment que la tumeur phyllode se voit essentiellement chez la jeune fille ou la jeune femme entre 18 et 25 ans.

DESPRUNIEE, à l'inverse, indique qu'elle s'observe surtout aux alentours de la ménopause, vers 50 ans.

FRUHLING et LE GAL estiment que la tumeur ne s'observe que pendant la période d'activité génitale de la femme.

En fait, elle peut se voir à tout âge comme en témoigne les cas observés dans la littérature à 13 ans et 85 ans, le maximum de fréquence se situant néanmoins entre 30 et 60 ans avec une moyenne aux alentours de 45 ans, donc à un âge sensiblement plus avancé que celui de la majorité des adénofibromes.

- Siège :

Habituellement unilatérale, elles peuvent être bilatérales et en 1964 CONCILIO et OLIVIERI rapportaient le 13ème cas bilatéral mondial.

- Terrain hormonal :

Outre l'observation du maximum de fréquence dans la période d'activité génitale, il existe dans un certain nombre de cas une influence des épisodes de la vie génitale sur l'évolution de la tumeur.

C'est ainsi que dans 11 cas de TREVES et SUNDERLAND, la tumeur subissait une poussée d'ailleurs régressive à chaque menstruation.

La constatation ou l'accroissement d'une tumeur antérieurement connue ont coïncidé avec une grossesse ou un traitement hormonal chez 5 des malades de A. SICARD.

Si, dans l'ensemble, la grossesse et la lactation ne perturbent que rarement l'évolution de la tumeur phyllode, chez une malade de TREVES et SUNDERLAND, la tumeur apparaît en cours d'allaitement pour disparaître en fin de période de lactation et réapparaître huit ans plus tard dans les mêmes circonstances pour ne plus rétrocéder.

Enfin la ménopause peut être l'occasion, soit de l'apparition de la tumeur, soit d'une brusque poussée évolutive sur une tumeur jusque là quiescente, soit encore d'une transformation maligne, sarcomateuse.

Cette influence pourrait être, selon DESAIVE et BETZ, une suppression progressive à la ménopause de l'effet freinateur des éléments épithéliaux sur le développement des masses conjonctives, provoquant une rupture d'équilibre entre ces deux tissus.

Cependant, le mécanisme de l'hormono dépendance des tumeurs phyllodes reste encore obscur et l'observation du rôle possible d'un certain terrain hormonal dans la genèse ou l'accroissement de ces tumeurs n'autorise à l'heure actuelle aucune déduction thérapeutique.

- Circonstances d'apparition :

Un traumatisme éventuel n'apparaît que comme une coïncidence attirant l'attention sur le sein et permettant la découverte de la tumeur, sans influer sur sa genèse ou son évolution.

Par contre, si la tumeur phyllode peut apparaître sur un sein antérieurement normal, c'est, d'après les classiques, très rare. Outre les antécédents de lactation, d'abcès souvent notés, c'est sur la fréquence d'une tumeur préexistante qu'il faut insister et notamment d'un adénofibrome trouvé 47 fois sur 111 cas pour LEE et PACK, 7 fois sur 15 pour STEPHENSON, 4 fois sur 10 pour A. SICARD, avec une incidence moyenne qui a pu être chiffrée à 40 % environ.

ASPECT CLINIQUE

Son aspect classique, comme en témoigne sa dénomination d'adénofibrome intracanaliculaire géant du sein, est celui d'une tumeur volumineuse, inquiétante de prime abord, car elle évoque un sarcome. Certaines de ces tumeurs ont pu atteindre des dimensions monstrueuses et l'on cite, à titre exceptionnel, dans la littérature des masses de 7 kgs ; quelques centaines de grammes semblent actuellement une estimation plus juste des cas déjà évolués.

Souvent, presque une fois sur deux, une petite tumeur quiescente indolente, silencieuse, connue de longue date (quelques mois ou années et jusqu'à 30 ans) n'inquiète la malade que lors d'une augmentation de volume soudaine, parfois très rapidement importante en quelques semaines et souvent contemporaine d'un épisode de la vie génitale telle l'installation de la ménopause.

L'indolence habituelle est remarquable, quoique l'augmentation rapide de volume rende aisément compte dans quelques cas de manifestations douloureuses attribuées, selon les auteurs, à une dilacération brutale de la glande, à un enserrement de filets nerveux ou plus vraisemblablement à une mise en tension de la peau.

L'écoulement mamelonnaire, ainsi que les douleurs, restent rares et les motifs de consultation sont le plus souvent en rapport avec le volume de la masse et la gêne et les préoccupations esthétiques qu'il entraîne.

L'examen de cette tumeur déjà évoluée, visible, irrégulière et bosselée, déformant le sein, soulevant la peau, pâle au début puis d'une couleur rouge violacée préludant à l'ulcération, et parcourue par un abondant lacis veineux, révèle sa lobulation, sa consistance irrégulière "dure en un point, pseudo-fluctuante en un autre, élastique en un troisième" (CHELIUS) et permet la constatation d'un mamelon normal non rétracté, d'un tégument longtemps respecté, souple sans jamais de signe du capiton, du

caractère lisse et bien dessiné des lobules avec bonne limitation à contours nets sans prolongement à distance, de la liberté parfaitement conservée de la masse vis-à-vis tant des plans superficiels sous lesquels elle glisse que des plans profonds dont elle se mobilise parfaitement, de l'absence d'adénopathie satellite axillaire et sus-claviculaire, enfin de la négativité du reste de l'examen clinique et du respect de la conservation de l'état général.

L'ensemble de ces données, tout en plaidant contre un épithélioma en faveur d'une tumeur phyllode, laisse en suspens le diagnostic de sarcome.

Une autre éventualité, plus fréquente aujourd'hui, est la découverte plus précoce de la tumeur à un stade où sa ressemblance avec un adénofibrome banal est frappante. Seules quelques nuances peuvent faire soupçonner le diagnostic tel l'aspect polylobulé et segmenté par des sillons plus ou moins profonds, surtout le volume plus grand et plus vite atteint et la notion d'une poussée évolutive brutale domine pour A. SICARD la sémiologie de la tumeur phyllode.

Ces notions doivent être précisées lors de l'examen clinique car le diagnostic entre adénofibrome et tumeur phyllode n'est pas indifférent sur le plan thérapeutique, et partant pronostique.

Ainsi, l'examen clinique ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic de tumeur phyllode, il l'oriente et propose, selon la taille de la tumeur, deux diagnostics différentiels :

- devant une petite tumeur, celui de l'adénofibrome banal,

- devant une grosse tumeur, celui du sarcome,

FUNCK BRENTANO écrit : "Pratiquement, devant une tumeur n'adhérant pas aux

"plans et non accompagnée d'adénopathie, si elle est petite, on portera le "diagnostic d'adénofibrome ; si au contraire elle est volumineuse, on "pensera au sarcome. L'examen histologique s'avère donc indispensable.

Un dernier aspect, bien qu'exceptionnel aujourd'hui, mérite d'être signalé avant de clore ce chapitre clinique, celui de la tumeur phyllode ulcérée :

Johann MULLER écrivait que ces tumeurs, "à la longue, finissent par ulcérer la peau, formant alors un fungus suppurant en surface ; même dans ces cas, l'opération est suivie de guérison".

Exceptionnel mais encore visible comme en témoigne l'observation rapportée en 1961 par MAGENDIE LEGER DOUTRE et BIRABEN d'une malade de 53 ans porteuse depuis l'adolescence d'un petit nodule du sein droit qui commence à croître en Décembre 1966. L'intervention chirurgicale terrorise la malade au point qu'elle attend trois ans avant de l'accepter ... "Il "faut alors des épaulières, qu'elle s'est elle-même ingénieusement confec- "tionnées, pour supporter un sein énorme, laissant s'échapper par une "large ulcération, un volumineux bourgeon charnu de la dimension d'un poing "d'adulte. Cette masse sanieuse, saignante au moindre contact.... est "repoussante par son odeur.

L'examen histologique affirmait le diagnostic de tumeur phyllode et l'absence de signe de malignité.

L'ulcération est de nature trophique, d'origine mécanique, par compression nécrosante, et non en rapport avec un envahissement tumoral. Ses bords sont amincis, son fond sanieux et elle donne littéralement issu à la tumeur qui a pu ainsi s'énucléer (LABBE et COYNE).

Cet aspect inquiétant contraste avec le respect du reste du

revêtement cutané qui demeure lisse et souple, la conservation de la mobilité de la tumeur par rapport aux plans profonds, l'intégrité ganglionnaire encore que l'ulcération puisse rendre compte d'un certain degré d'adénite, l'absence de retentissement sur l'état général en dehors de surinfection et d'hémorragies distillantes.

Examens complémentaires

Parmi les examens complémentaires, deux ne sont plus guère pratiqués :

la transillumination parce que très avantageusement remplacée par la mammographie et la biopsie à laquelle est préféré, puisque l'exérèse chirurgicale sera obligatoire, l'examen histologique extemporané.

Ainsi, avant l'exploration chirurgicale, deux examens peuvent être d'un grand intérêt :

- La mammographie :

BACLESSE en dit : "L'ombre visible sur la radiographie est typique, "presque pathognononique.

GROS LEGAL et BURG décrivent l'image d'une lésion bénigne sous forme d'une opacité dense, homogène, bien limitée, refoulant les tissus sains à la périphérie et parfois bordée par un liséré de sécurité. Il peut exister des calcifications intratumorales de type bénin. Cette image rassurante ne permet pas de distinguer la tumeur phyllode du fibro adénome.

VERHAEGHE et collaborateurs poussent plus loin leur analyse de l'image et décrivent des caractères radiologiques coïncidant bien avec l'aspect macroscopique de la tumeur phyllode. Ils font état d'une image polycyclique où manque surtout le "liséré de sécurité", halo clair bordant de façon caractéristique le fibro adénome. Pour ces auteurs, s'il existe en certains endroits une séparation nette, linéaire, d'avec le parenchyme sain adjacent, en d'autres le contour s'estompe, devient flou et peut évoquer la malignité sans toutefois qu'il existe de prolongements rameux.

- Le cyto diagnostic par ponction :

Le prélèvement est obtenu par un geste simple, peu douloureux et

facilement accepté par la malade, consistant en une seule ponction sans anesthésie locale avec une aiguille de fin calibre ; une aspiration légère est effectuée à l'aide d'une seringue étanche pendant la traversée de la lésion. Puisqu'il s'agit d'une tumeur pleine, le produit obtenu est projeté sur deux ou trois lames, étalé à la façon d'un frottis sanguin puis fixé immédiatement dans l'alcool éther pour coloration selon la méthode de Papanicolaou. Une technique soigneuse permet d'obtenir des frottis peu hémorragiques et évite le risque d'infection. Aucune poussée évolutive ou ensemencement du trajet de ponction n'ont été observés dans les tumeurs malignes.

La ponction ramène deux sortes d'éléments cellulaires :

- d'une part des cellules épithéliales de type glandulaire souvent groupées en amas et d'aspect normal, bénin avec régularité cellulaire et nucléaire, chromatine fine et régulière.
  Ces cellules proviennent des tubes galactophores.

- d'autre part des cellules de nature conjonctive, cellules allongées, en fuseaux, également sans anomalie évocatrice de malignité.

Ces deux examens mammographie et cyto diagnostic ne peuvent le plus souvent qu'apporter de très forts arguments en faveur de la nature bénigne de la lésion, sans permettre d'en identifier la nature exacte. Mais cette présomption importante jointe à l'argument clinique développé par le Professeur SICARD : "seules les tumeurs phyllodes parmi les tumeurs bénignes du sein ont un accroissement aussi rapide" permet très souvent d'obtenir une bonne estimation diagnostique pré-opératoire.

A ce stade deux types d'arguments peuvent encore déterminer, lors de l'intervention chirurgicale, le choix du mode d'exérèse, ceux tirés d'une part de l'aspect macroscopique, d'autre part de la réponse de l'examen extemporané.

- L'aspect macroscopique sera repris lors de l'étude anatomo pathologique mais, outre le caractère bosselé, la consistance très irrégu-

lière, les fentes kystiques ou l'aspect évocateur en feuille (d'où le terme de phyllode) à la section, le fait que cette tumeur qui refoule la glande sans l'envahir, ne présente pas de véritable capsule, peut retenir l'attention.

- L'examen extemporané est bien sur indispensable ne serait-ce que pour s'assurer qu'il n'existe pas un épithélioma qui imprimerait au traitement une direction radicalement différente. La pratique de coupes à congélation qui a aujourd'hui supplanté les examens classiques à la loupe binoculaire ou à l'ultropak, permettra le plus souvent à un lecteur averti constatant de rares fentes épithéliales étirées, laminées par l'énorme développement des bourgeons conjonctifs et la lobulation nette, d'apporter les éléments suffisants à la conduite du traitement.

Mais si les éléments épithéliaux, toujours normaux et quiescents, sont rassurants, le tissu conjonctif parfois très dense, ses cellules fusiformes parfois quelque peu irrégulières, ne donnent pas toujours les mêmes certitudes.

C'est pourquoi, à ce stade thérapeutique, où le processus diagnostique suspend le vol qu'il reprendra au stade anatomo pathologique post-opératoire, il est nécessaire d'avoir réussi toutes les données cliniques et complémentaires pour décider de l'étendue de l'exérèse.

Aspects Anatomo pathologiques

De ces aspects, de leur interprêtation, de leur confrontation avec l'évolution clinique, découleront l'étiquette diagnostique, les discussions nosologiques, l'évaluation pronostique et l'attitude thérapeutique.

Les nombreuses études faites sur la structure des tumeurs phyllodes ont suscité des dénominations non moins nombreuses. Johann MULLER en 1838 les appelle "cystosarcomes phyllodes" mais se contredit dans le même texte en affirmant leur bénignité, affirmation qui sera reprise par tous jusqu'en 1938 dans le mémoire de FUNCK BRENTANO BERTRAND et POILLEUX. Depuis, des réserves pronostiques se font jour dans les publications et nombre d'auteurs américains conservent à dessein le terme de cystosarcome phyllode.

Parallèlement d'autres auteurs restent fidèles à la notion de bénignité. Ainsi la contradiction inscrite d'emblée dans la première étude de ces tumeurs reste vivante après plus d'un siècle et tient probablement à la situation histologique frontière, de transition de la tumeur phyllode entre le fibroadénome d'une part et le sarcome d'autre part.

MACROSCOPIE

D'un volume allant de 1 à 30 cms de diamètre, cette masse bosselée, irrégulière quelque soit sa taille, est de consistance variable d'une tumeur à l'autre et au sein de la même tumeur, tantôt molle, tantôt ferme ou même franchement dure. Sa limitation est incertaine et si l'on a l'impression d'une capsule en certains endroits, celle-ci s'estompe en d'autres et la constatation d'un nodule aberrant n'est pas rare. La masse refoule la glande sans l'envahir ; cependant il n'existe pas de véritable capsule, comme en témoigne l'étude de pièces de mammectomie, mais un tassement périphérique du tissu mammaire refoulé. Cette notion jointe à l'existence possible de nodules ectopiques peut expliquer un certain nombre de "récidives" après simple énucléation.

La coloration blanc grisâtre d'ensemble laisse place ici et là à des zones légèrement chamois, voire rougeâtres. Cette grande variété de

taille, ce polymorphisme d'aspect, cette hétérogénéité due aux remaniements oedémateux, nécrotiques et hémorragiques peuvent cependant permettre de remarquer trois caractères particuliers :

- la lobulation assez nette de l'ensemble

Les lobules sont séparés les uns des autres par des fentes parfois kystiques et remplies de végétations de consistance plus ou moins molles et d'un liquide mucoïde. Mais, même dans les tumeurs volumineuses, la kystication est rare et demeure toujours discrète.

- l'aspect évocateur "en feuille" (phyllode) :

ou en jeu de patience (LECENE) découle de la description précédente du fait de l'enchevêtrement des fentes épithéliales.

- la tendance à l'énucléation

la simple pression des lobules pouvant détacher des nodules plus petits, d'aspect parfois gélatineux et cette "dislocation du néoplasme" (FUNCK BRENTANO) a pu faire évoquer des productions parasitaires et donner à la tumeur les noms d'"hydatide celluleuse" ou d'"hydatide cystique" (CHELIUS, COOPER, ESTRADE).

Enfin si, rarement, une adénopathie axillaire peut être notée, elle garde une consistance élastique et l'histologie la révèle être de nature inflammatoire non suppurée.

MICROSCOPIE

L'examen microscopique retrouve "l'aspect en feuille" résultant de l'intrication de l'hyperplasie épithéliale et de l'hypertrophie considérable du tissu conjonctif qui lamine les tubes galactophores. Ces tubes, ainsi réduits par la poussée conjonctive à l'état de fentes virtuelles, accolent leur paroi et réalisent de longues arabesques faites d'une quadruple

assise cellulaire dessinant un liséré sombre sur le fond mésenchymateux clair.

Cette tumeur est donc bitissulaire mais de ses deux composantes épithéliale et conjonctive, c'est la prolifération mésenchymateuse intense qui est caractéristique.

- la composante épithéliale

Elle est constituée par le développement des tubes mammaires.

Parfois l'hyperplasie avec dilatation des tubes aboutit à la formation d'ilôts glandulaires épars dans la masse conjonctive.

Bien plus souvent et de façon plus caractéristique, les tubes épithéliaux sont réduits à l'état de fentes très étendues, à cavité plus ou moins virtuelle , dont les sinuosités dessinent des images en T ou en Y.

Cette structure, très évocatrice, peut cependant se rencontrer dans les adénofibromes du sein qui présentent souvent de petites zones où l'on reconnaît cet aspect "en feuille" ; généralisé à l'ensemble de la coupe, il singularise une variété d'adénofibromes dite intracanaliculaire qui réalise une véritable forme de passage vers la tumeur phyllode.

Il existe cependant une différence d'échelle, les dimensions des bourgeons conjonctifs des tumeurs phyllodes étant 100 à 200 fois plus grandes que celles des bourgeons des adénofibromes intracanaliculaires (BATISSE MARTIN, SOBEL SICARD et SICARD).

Le revêtement des fentes épithéliales est souvent identique à celui des tubes galactophores normaux, c'est-à-dire bistratifié. L'assise interne ou superficielle est constituée d'une couche continue de cellules cubiques ou cylindrocubiques ; l'assise externe ou profonde est faite de cellules plus petites, allongées, fusiformes, à prolongements stellaires, à noyaux foncés correspondant aux cellules myoépithéliales. Cet épithélium repose sur une basale réticulinique bien individualisée.

Parfois cet épithélium s'hypertrophie, les cellules deviennent turgescentes et réalisent des aspects d'hyperplasie intraglandulaire parfois secrétante avec kystisation des tubes ; cette éventualité est rare.

Par endroits, l'épithélium peut se simplifier, se réduire à la seule assise de cellules cubiques. Tandis que la couche des cellules myo-épithéliales ou bien disparaît, ou bien paraît s'effilocher dans le conjonctif adjacent.

Un fait est capital, les éléments épithéliaux sont toujours parfaitement réguliers ; les images d'hyperplasie intra-tubulaire elles-mêmes n'ont jamais présenté d'anomalies ayant fait mettre en doute la nature constamment bénigne de la prolifération épithéliale.

- la composante conjonctive

Caractérise la tumeur - par le volume important qu'elle atteint. Le contingent conjonctif, en effet, constitue les volumineux bourgeons qui entourent et déforment les tubes épithéliaux. Ces bourgeons ne contiennent pas de formations épithéliales centrales ; leur contour est le plus souvent arrondi mais remanié par de courts diverticules des tubes. Ils sont constitués d'une part d'une prolifération cellulaire d'allure fibroblastique et d'autre part d'une substance interstitielle ou fondamentale.

. Le type cellulaire le plus fréquemment rencontré est celui d'éléments de taille variable, allongés, à cytoplasme légèrement acidophile et à noyaux franchement basophiles. Par endroit les cellules sont plus rondes ou même étoilées et semblent alors anastomosées.

La disposition des cellules se fait souvent de façon tourbillonnante, et parfois même anarchique.

La densité cellulaire est variable d'une tumeur à l'autre et d'une plage à l'autre au sein d'une même tumeur.

. La substance interstitielle est pauvre en éléments fibrillaires et en général très claire, d'abondance variable suivant les champs examinés.

- La variabilité des éléments cellulaires quant à leur morphologie, leur densité, leur agencement, semble tenir :

- d'une part aux modifications de la substance fondamentale,
- d'autre part à l'activité cellulaire.

. Les modifications de la substance fondamentale

Ces remaniements peuvent transformer l'aspect de la tumeur mais n'inquiètent pas, qu'ils soient dus :

- à l'oedème : très fréquemment observé. La substance interstitielle apparaît alors très claire, pâle, lâche, paucicellulaire.

- aux remaniements myxoïdes parfois difficiles à distinguer de l'oedème vrai. La substance myxoïde claire isole les éléments cellulaires qui, dissociés, prennent alors un aspect étoilé et ramifié.

- à la sclérose qui, très safranophile, très fibrillaire et très peu cellulaire, engaîne les éléments épithéliaux. Cette sclérose hyaline apparaît par plages très fréquentes dans les tumeurs phyllodes.

- aux hémorragies rares et peu importantes en dehors de processus nécrotiques.

- à la nécrose tumorale enfin
  Les foyers de nécrose tumorale sont pratiquement constants "toujours plus étendus qu'un simple examen à l'oeil nu ne le laisserait supposer" et "d'extension proportionnelle au volume atteint par le néoplasme" (FUNCK BRENTANO, BERTRAND, POILLEUX).
  C'est une nécrose d'origine vasculaire, par infarcissement, s'accompagnant de raptus hémorragiques et prédominant aux pôles des bourgeons. L'oedème

considérable, les vaisseaux parfois thrombosés ; les cellules souffrent comme en témoignent pycnose, monstruosités, éosinophilie. Des phénomènes de résorption se produisent, traduits par une réaction hystiocytaire macrophagique. Des infiltrats lymphocytaires peuvent s'observer ainsi que parfois des phénomènes suppuratifs et des zones de cytostéatonécrose.

. L'activité cellulaire

Les zones de très forte densité cellulaire sont la source des véritables difficultés du diagnostic anatomo pathologique ; posant le problème des lésions présarcomateuses ou sarcomateuses, elles divisent l'opinion des auteurs sur les tumeurs phyllodes.

Ces zones peuvent se rencontrer à la périphérie des bourgeons ; au contact des tubes mammaires mais surtout en plein centre des masses conjonctives, dans la "nervure centrale". Elles sont faites de nappes de cellules fusiformes à noyaux foncés réguliers, serrées les unes contre les autres ; les fibres collagènes sont très peu nombreuses et cette structure rappelle celle des adénofibromes jeunes.

Mais certains auteurs (FUNCK BRENTANO et coll.) notent, dans de telles zones, la possibilité d'anomalies nucléaires comportant des noyaux volumineux, ovoïdes, boursouflés, polylobés du fait d'incisures et polynucléolés ; et de mitoses.

En outre, dans de telles régions, l'agencement cellulaire se ferait comme dans les sarcomes en fuseaux orientés autour d'axes différents. Si l'on ajoute que souvent alors, dans ces plages qui forment les bourgeons les plus volumineux, la disposition intracanaliculaire s'atténue, que les fibres sont absentes et que les vaisseaux sont dépourvus de paroi collagène, on conçoit les difficultés d'interprêtation et les inquiètudes pronostiques de l'anatomo pathologiste.

Cependant, si de nombreux auteurs considèrent ces aspects comme présarcomateux ou franchement sarcomateux, ces images inquiétantes ne sont jamais massives mais forment des ilôts, et la plurifocalité est

constamment soulignée.

Pour clore l'étude anatomo pathologique des tumeurs phyllodes, nous rappelons que la capsule macroscopique des tumeurs phyllodes est constituée à l'examen histologique par le parenchyme mammaire refoulé, tassé en périphérie de la prolifération. Cette "pseudo-capsule" présente en outre des solutions de continuité et, dans son épaisseur même, renferme souvent des nodules de type fibro adénomateux, voire "phylloïde". De tels nodules peuvent même être extra capsulaires, satellites de la tumeur principale, comme cela a été retrouvé sur des pièces de mammectomie.

Enfin, dans les cas où des adénopathies furent trouvées, leur étude a permis d'observer des lésions d'adénite chronique.

EVOLUTION

Elle est dominée par le problème des récidives qui, fréquentes, peuvent se présenter de trois manières différentes sur le plan clinique :

- L'apparition d'une tumeur phyllode sur un adénofibrome préexistant.

- La récidive d'une tumeur phyllode déjà opérée comme telle. Elle se fait dans un délai variable allant de quelques mois à quelques années. L'aspect clinique est souvent identique à celui de la première manifestation, sans douleurs, sans adhérences, sans adénopathies, sans altération de l'état général. Cette récidive se fait volontiers au niveau de la cicatrice de la première intervention et atteint alors souvent un volume plus considérable. L'examen histologique garde le même aspect de bénignité. Cette récidive n'implique donc pas la malignité ; tout au plus autorise-t-elle à parler avec SANTY, DARGENT et MAKHLOUF de malignité locale. La tumeur phyllode serait susceptible, tant qu'il persiste du tissu mammaire ; de proliférer indéfiniment.

- La transformation d'une tumeur phyllode, initialement bénigne, est la hantise. De nombreux auteurs américains la considèrent comme fréquente. FRUHLING et LE GAL donnent un indice de cancérisation de 15 % et apportent deux observations de métastases ; N.B. = OBERLING et GUERIN apportent un argument expérimental à la possibilité d'évolution maligne par l'obtention de sarcome chez le rat par greffe successive d'un fibroadénome ; TREVES et SUNDERLAND, sur 12 "tumeurs phyllodes malignes", trouvent 6 fois des métastases. Ces métastases, identiques à celles d'un sarcome, évitant les ganglions pour atteindre essentiellement le squelette et les poumons, sont très rares. Et beaucoup, volontiers ralliés à la notion de malignité locale, témoignant d'un certain scepticisme à l'égard de l'évolution sarcomateuse vraie, patente, de la tumeur phyllode du fait de la rareté des observations démonstratives, des difficultés de classement et des multiples terminologies employées, de la coexistence toujours possible d'un sarcome du sein et d'une tumeur phyllode, enfin de la possibilité d'aspect morpholo-

gique assez semblable pris par des tumeurs malignes vraies d'emblée entrant dans le cadre des sarcomes mammaires.

- Quelle interprêtation donner aux récidives des tumeurs phyllodes ?

Les données macroscopiques et histologiques, notamment la limitation par une fausse capsule et la présence fréquente de nodules aberrants expliquent bien sûr un certain nombre d'entre elles, peut-être toutes, du fait d'une exérèse trop limitée méconnaissant un foyer ectopique. Celui-ci, sur le même terrain, soumis aux mêmes influences hormonales que la masse principale enlevée, va être la source d'une "pseudo-récidive".

En l'absence même d'un nodule oublié, la persistance d'un terrain inchangé, tant local au niveau du sein, que général, hormonal par exemple, peut déterminer la réapparition d'une tumeur identique, la "persévérance de l'incitation" produisant une "nouvelle naissance" d'une tumeur non pas "fille de la tumeur originelle mais sa soeur cadette" (DELARUE).

- Comment fixer un pronostic ?

Une appréciation pronostique valable se fondera sur un certain nombre d'arguments relevés, non lors de l'examen extemporané, mais par étude histologique standard après inclusion en paraffine.

Les critères de malignité histologique des tumeurs phyllodes qui se dégagent des travaux de TREVES et SUNDERLAND et de FRUHLING et LE GAL sont :

- une prolifération mésenchymateuse accrue dans l'axe des bourgeons, avec une mention particulière pour les atypies cellulaires.
- les "foyers phyllodes multiples" autour du foyer principal, seule une exérèse large permettra d'en juger.
- la "simplification histologique de l'architecture aux dépens de l'épithélium", la rupture de l'équilibre bitissulaire laissant proliférer l'élément conjonctif.

Le terme ultime serait, pour ces auteurs, la "transformation comateuse" vraie avec éléments fusocellulaires parfois monstrueux présentant les agencements fasciculés et les caractères envahissants d'un sarcome fibroblastique.

SITUATION DE LA TUMEUR PHYLLODE

Beaucoup des caractères de cette tumeur la font rapprocher des adénofibromes.

- L'aspect macroscopique révèle sensiblement le même aspect lobulé, la même couleur blanc grisâtre en dehors des zones nécrotiques.

- La structure histologique évoque également la variété dite intracanaliculaire du fibro adénome avec la même prolifération conjonctive constituant de volumineux bourgeons déformant les tubes pour réaliser des images "en mosaïque", et parfois les mêmes modifications de la substance fondamentale. Il existe fréquemment au sein d'une tumeur phyllode des plages présentant l'image typique d'un adénofibrome intracanaliculaire et la différence histologique entre les deux tumeurs dont l'élément mésenchymateux constitue l'essentiel, réside dans la taille des massifs conjonctifs 100 à 200 fois plus volumineux dans les tumeurs phyllodes que dans les adéno fibromes intracanaliculaires.

- Enfin la fréquence de la préexistence d'un adéno fibrome et des formes structurelles de passage renforce encore l'impression d'une filiation entre l'adéno fibrome et la tumeur phyllode.

Certains auteurs classent d'ailleurs la tumeur phyllode parmi les fibro adénomes intracanaliculaires et la rapproche des fibro adénomes géants de type myo-épithélial décrits par LEROUX dans son traité d'Anatomie Pathologique. Ils trouvent en effet que les cellules des bourgeons ont une morphologie de cellules myo-épithéliales petites, fusiformes, à noyaux foncés, et qu'elles "semblent se développer à partir de la couche myo-épithéliale des tubes mammaires (BATISSE MARTIN, SOBEL SICARD et SICARD). Ils font remarquer en outre que certains tubes mammaires ne conservent de leur paroi que la couche interne, superficielle, sécrétrice et que les cellules myo-épithéliales, semble-t-il, se dispersent de ces zones vers la substance fondamentale, avec alors une densité cellulaire très grande au voisinage des tubes.

D'autres (MAGENDIE-LEGER DAUTIE et BIRABEN) réfutent cette hypothèse et pensent que de tels éléments myo-épithéliaux ne peuvent répondre de "l'extrême plasticité et de cette grande variété évolutive" des tumeurs phyllodes.

La plupart des auteurs estiment que l'élément prolifèrant est tout naturellement la cellule du tissu conjonctif du parenchyme mammaire.

- Si de nombreux arguments rapprochent la tumeur phyllode de l'adéno fibrome, certains de ces aspects, soit d'emblée, soit à mesure des récidives, par l'enrichissement cellulaire progressif et les anomalies des nappes conjonctives, posent le problème du sarcome. - MAGENDIE, DAUTIE, LEGER et BIRABEN distinguent "l'éventualité de trois stades, de transition "progressive et insensible :

"Stade I = adéno fibrome phylloïde, c'est-à-dire adéno fibrome "papillaire avec quelques zones plus fertiles de type phyllode.

"Stade II = tumeur phyllode caractérisée, avec aspect macrosco-"pique en feuilles.

"Stade III = tumeur phyllode transformée possédant un stroma "mésenchymateux très actif au seuil de la malignité sarcomateuse.

- Ainsi dans le cadre des tumeurs mammaires, toutes les transitions entre l'adéno fibrome banal ou intracanaliculaire, et le sarcome, peuvent être réalisées par la tumeur phyllode. Cette situation de tumeur charnière et la variété de ces aspects rendent compte des difficultés d'interprêtation et de la multiplicité des dénominations proposées.

- MAGENDIE, LEGER, DAUTIE et BIRABEN proposent cependant de les libèrer du cadre de la pathologie mammaire pour les apparenter aux "tumeurs conjonctives groupées sous les termes de conjonctivomes, de tumeurs de coulées conjonctives des membres, de lipocytomes ou mieux de mésenchymomes", du fait de la grande diversité de leur potentialité structurale et évolutive,

Ces tumeurs conjonctives se caractérisent en effet par une prolifération mésenchymateuse dont la particularité la plus notable est la tendance aux récidives, parfois très nombreuses et étalées sur des années au cours desquelles la même fertilité, avec aggravation par différenciation et enrichissement cellulaire, s'affirme.

Il s'agit également de tumeurs à limitation peu marquée que les interventions les plus larges n'arrivent pas, bien souvent, à guérir et dont l'évolution semble témoigner de "l'induction néoplasique de toute une zone mésenchymateuse, beaucoup plus que d'un envahissement progressif par contiguité ou continuité".

TRAITEMENT

Le traitement de la tumeur phyllode est chirurgical.

La discussion se circonscrit au mode d'exérèse. La largeur de cette exérèse trouve ses bornes entre les deux extrêmes que constituent l'énucléation d'une part et la mastectomie radicale d'autre part, cette dernière emportant les pectoraux et s'accompagnant de curage axillaire, qui paraissent l'une insuffisante, l'autre démesurée.

- L'énucléation telle que pratiquée trop souvent pour les fibro adénomes constitue certainement une mauvaise intervention même dans le cas d'une petite tumeur. Certes l'utilisation d'une petite incision esthétique satisfera dans un premier temps la malade mais l'apparence d'un bon plan de clivage fera oublier les nodules résiduels, source des "pseudo-récidives" et véritable catastrophe si le nouvel examen anatomo pathologique pose le problème d'un sarcome.

- La mastectomie radicale type HALSTED du fait du préjudice esthétique et fonctionnel qu'elle entraîne, semble difficilement acceptable pour une tumeur qui dans la très grande majorité des cas reste bénigne.

Le curage ganglionnaire pratiqué par COOPER et AKERMANN et par LONG, HESKER et JOHNSON ne paraît pas logique puisque même en cas de malignité, celle-ci est de nature sarcomateuse et n'intéresse guère les ganglions.

L'élargissement d'une mammectomie simple au grand pectoral se justifierait mieux dans le cas exceptionnel d'une tumeur fixée sur les plans profonds par le souci d'une exérèse suffisamment large pour mettre à l'abri de toute poussée ultérieure sur un éventuel prolongement tumoral ; il permettrait encore, en cas d'ulcération nécessitant un vaste sacrifice tégumentaire, une suture cutanée plus aisée. Ces indications semblent bien rares.

Le choix reste donc entre deux types d'interventions :

- la résection et la mammectomie.

LA RESECTION :

Elle s'effectuera en essayant d'allier à la nécessité d'une large voie d'abord, la meilleure sauvegarde possible de l'esthétique d'une femme jeune.

Les tumeurs des quadrants inférieurs bénéficieront d'une large incision sous-mammaire, ouvrant le plan celluleux de CHASSAIGNAC du décollement rétro-mammaire et permettant l'exploration minutieuse qui dictera l'étendue souhaitable de la résection. Celle-ci négligera le plan de clivage péritumoral trop facilement trouvé pour passer au large, en pleine glande saine. Les autres localisations seront justiciables d'une incision directe selon l'axe de la tumeur, respectant en priorité les impératifs de la sécurité, au détriment des voies axillaires ou péri aréolaires trop étroites souvent.

LA MAMMECTOMIE SIMPLE :

Intervention sure, facile, ne posant pratiquement jamais de problème de recouvrement cutané, elle est mutilante et seule la nécessité la fera pratiquer.

Le choix de l'exérèse se fait après l'indispensable examen extemporané de la biopsie per opératoire première :

- Si celui-ci fait ou confirme le diagnostic de tumeur phyllode :

- une tumeur de petit volume chez une femme jeune bénéficiera d'une résection.
- des dimentions tumorales excédant 10 cms sont justiciables de la mammectomie simple
- une récidive fera préfèrer une mammectomie simple, meilleure garantie contre une nouvelle reprise évolutive ou une éventuelle évolution sarcomateuse.

- Si celui-ci répond lésion bénigne de type fibro adénomateux

L'aspect macroscopique et l'allure évolutive rapide plaideront en faveur du diagnostic de tumeur phyllode.

- Si tout concourt au diagnostic de fibro adénome banal

et qu'il a été pratiqué une simple énucléation, l'authentification de la tumeur phyllode par l'examen anatomo pathologique standard ne commande pas une réintervention pour complément d'exérèse mais invite à une surveillance attentive.

- Si la tumeur phyllode diagnostiquée et réséquée se révèle histologiquement maligne

en post opératoire, une mammectomie sera alors pratiquée.

Au terme de ces indications thérapeutiques, rappelons qu'un traitement hormonal ne s'étayant sur aucune théorie pathogénique claire est proscrit. Les radiations sont inopérantes - Elles n'ont pas fait, en post opératoire, la preuve de leur efficacité dans la prévention des récidives. Si l'identification des tumeurs phyllodes aux mésenchymomes pourrait à priori faire considérer la physiothérapie comme un complément souhaitable au traitement, la localisation au sein permettant une "extirpation complète de la zone mésenchymateuse intéressée, l'acte chirurgical rend de valeur moindre le complément physiothérapique". (MAGENDIE, LEGER, DAUTIE et BIRABEN)

CONCLUSION

La tumeur phyllode survient le plus souvent chez une femme en période d'activité génitale, et son apparition coïncide volontiers avec un changement d'état hormonal. Parfois précédée par un fibroadénome, elle évolue rapidement après une poussée brutale et son évolution, dans la grande majorité des cas bénigne, est dominée par le problème des récidives.

L'intérêt de son étude est double :

- d'une part sa rareté classique semble devoir être reconsidérée et l'individualisation de ses aspects cliniques et histologiques n'est pas vaine sur le plan thérapeutique, la simple énucléation n'étant pas satisfaisante.

- d'autre part sa situation charnière entre le fibroadénome et le sarcome pose de difficiles problèmes nosologiques dans le cadre même de la pathologie mammaire où elle offre de telles particularités que certains l'en libèrent au profit du cadre plus vaste des mésenchymomes.

-:-:-:-:-

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON = Pathology (1961 - 1135)

- BARDOUX Jany = Contribution à l'étude des tumeurs phyllodes du sein (A propos de trois observations) Thèse Paris, n° 166-1968

- BATISSE - F. MARTIN - M. SOBEL SICARD - A. SICARD = Les tumeurs phyllodes du sein (J. Chir. 1966-92-5-485-497)

- CHELIUS = Talanziektasie (Heidelb. Klin. Ann. 1828-4-449)

- CONCILIO A.-OLIVIERI B. = On a case of bilateral Phylloïd Tumor of the mammary gland. Riforma Médica-Italy (1964-30-830-834)

- COOPER-ACKERMANN = Cystosarcoma phyllodes with consideration of its more malignant variant (Surg. Gyn. Obst. 1943-77-279-283)

- DESAIVE et BETZ = Considérations anatomo-cliniques à propos de l'évolution maligne du myxo-adéno-fibrome intra canaliculaire géant du sein. (Presse Méd. 1955-63-n° 30-629-632)

- DESPRUNIEE-PENGPAO et GAGGINI = Tumeurs phyllodes du sein à propos de deux nouveaux cas. (Bordeaux Chir. Janvier 65 - n° 1)

- ESTRADE = Tumeurs phyllodes ou adéno-fibromes géants du sein à propos de deux nouveaux cas. (Bull. Ass. Franç. Cancer 40-n° 1-29-38)

- FRUHLING et LE GAL = La transformation sarcomateuse de la tumeur phyllode (Jour. Chir. 1954-70-1-16-29)

- FUNCK BRENTANO - BERTRAND et POILLEUX = Les tumeurs phyllodes du sein (Jour. Chir. 1938-51-4-506-534)

- GOMPEL CL. = Ana-Path. Gyn. et Obst. (1 vol. 1963-665-667)

- GARBAY - PICARD - VANETTI = Adéno-fibrome géant (Presse Méd. 1963-71-15-761)

- GROS - LE GAL - BURG = Aspect radiologique des tumeurs phyllodes (Bull. Ass. Franç. Cancer 1953-40-4-460)

- HAFNER C. - MEZGER E. - WILLIE J.W. = Cystosarcoma phyllodes of the Breast. (Surg. Gyn. Obst. Juillet 62-29-34)

- HAROLD A. - OBERMAN M.D. = A clinicopathologic study of hypercellular periductal stromal neoplasms of breast. (Cancer Juin 65-18-697-710)

- LECENE = Les tumeurs mixtes du sein (Rev. Chir. Avril 1906-434)

- LEE B.J. - PACK G.T.
= Giant intra canalicular fibro-adeno-myxoma of the breast, the so-called cystosarcoma mammae of Johann MULLER (Ann. Surg. Jan. 1931-43-3-1-2583-2609)

- LEROUX - ROUSSY - OBERLING
= Précis d'anatomie pathologique (MASSON 1942)

- LESTER J. and STOUT A.P.
= Cystosarcoma phyllodes (Cancer 1954-7-335-353)

- MAGENDIE - LEGER - DOUTRE - BIRABEN
= Les tumeurs phyllodes du sein sont-elles des Mésenchymomes ? (Presse Méd. 1961-69-n° 10-435-437)

- MULLER J. = Uber den feinerm Bau und die Formen der Kraukhaftten Geschwülste (Berlin G. Reimer 1838-56)

- OBERLING Ch. et GUERIN M.
= Recherches sur les greffes en série des tumeurs mammaires bénignes chez le rat (Bull. Ass. Franç. Cancer 1937-26-483)

- LONG - HESKER - RICHARD - JOHNSON
= Surgical management of Cystosarcoma phyllodes : with a report of eight cases (Missouri Med. 1962-59-1178-1131)

- SANTY - DARGENT M. - MAKHLOUF A.
= Les tumeurs du sein à malignité locale (Lyon Chir. 1948-43-304-314)

- STEPHENSON - GROSS - GUMPORT - MEYER
= Cystosarcoma phyllodes of the breast (Review of the litterature and report of 15 cases- annals of Surgery 1952-136-856-863)

- TREVES and SUNDERLAND
  = Cystosarcoma phyllodes of the breast : a malignant and a benign tumor. A clinicopathological study of 77 cases
  (Cancer 1951-4-1286-1332)

- VERMAEGHE - CLAY - DUPONT - ADENIS - DEMAILLE
  = Tumeurs phyllodes du sein à propos de 4 observations
  (Lille Chir. 1961-3-16-134-147)

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. HUGUIER

Vu, le Doyen Honoraire,
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine

Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de
l'Académie de Paris

R. MALLET